

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1900-1901 — N° 80

---

# De l'État des Vésicules séminales

CHEZ LES PROSTATIQUES

## Vésiculite des Prostatiques

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 27 Décembre 1900*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**René PICHON**

*Né à Mésandans (Doubs), le 2 Juin 1876*

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta, 32

1900



# De l'Etat des Vésicules séminales

CHEZ LES PROSTATIQUES

Vésiculite des Prostatiques



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1900-1901 — N° 80

---

# De l'État des Vésicules séminales

CHEZ LES PROSTATIQUES

## Vésiculite des Prostatiques

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 27 Décembre 1900*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**René PICHON**

*Né à Mésandans (Doubs), le 2 Juin 1876*

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta, 32

1900

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
LACASSAGNE. . . . . ASSESSEUR,  
CROLAS. . . . . QUESTEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

## PROFESSEURS

|                                                           |   |                 |
|-----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales. . . . .                              | { | MM. LÉPINE.     |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                         |   | BONDET.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .           |   | BARD.           |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                        |   | PONCET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . |   | X.              |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  |   | FOCHIER.        |
| Physique médicale . . . . .                               |   | GAYET.          |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .                |   | GAILLETON.      |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 |   | PIERRET.        |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                    |   | MONOYER.        |
| Parasitologie . . . . .                                   |   | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie . . . . .                                        |   | CAZENEUVE.      |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 |   | FLORENCE.       |
| Physiologie. . . . .                                      |   | LORTET.         |
| Pathologie interne . . . . .                              |   | TESTUT.         |
| Pathologie externe . . . . .                              |   | RENAUT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .            |   | MORAT.          |
| Anatomie pathologique . . . . .                           |   | TEISSIER.       |
| Médecine opératoire. . . . .                              |   | AUGAGNEUR.      |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .               |   | MAYET.          |
| Médecine légale . . . . .                                 |   | TRIPPIER.       |
| Hygiène . . . . .                                         |   | POLLOSSON (M.). |
| Thérapeutique . . . . .                                   |   | ARLOING.        |
| Pharmacologie . . . . .                                   |   | LACASSAGNE.     |
|                                                           |   | COURMONT.       |
|                                                           |   | SOULIER.        |
|                                                           |   | CROLAS.         |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                      |                |        |
|------------------------------------------------------|----------------|--------|
| Clinique des maladies des Enfants. . . . .           | MM. WEIL,      | agrégé |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               | CHANDELUX,     | —      |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS.       | —      |
| Accouchements. . . . .                               | POLLOSSON (A.) | —      |
| Propédeutique médicale. . . . .                      | ROQUE.         | —      |
| Propédeutique chirurgicale. . . . .                  | GANGOLPHE.     | —      |
| Botanique . . . . .                                  | BEAUVISAGE,    | —      |

## AGRÉGÉS

|                 |           |         |                 |
|-----------------|-----------|---------|-----------------|
| MM.             | MM.       | MM.     | MM.             |
| BEAUVISAGE.     | CONDAMIN. | VALLAS. | PAVIOT.         |
| ROQUE.          | DEVIC.    | SIRAUD. | NOVÉ-JOSSERAND. |
| ROUX.           | COLLET.   | DURAND. | BÉRARD.         |
| POLLOSSON (A.). | BOYER.    | DOYON.  | SAMBUC.         |
| ROCHET.         | BARRAL.   | PIC.    | BORDIER.        |
| ROLLET.         | MOREAU.   |         |                 |

M. BEAUDUN, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président; VALLAS Assesseur;  
MM. DOYON et BÉRARD, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

## A MA MÈRE, A MON PÈRE

à qui je dois tout, je dédie ces quelques pages comme témoignage  
de ma reconnaissance et de mon affection.

## A MES FRÈRES, A MES SŒURS

## A MES AMIS

particulièrement à ceux avec qui, durant nos trois années d'école,  
nous avons vécu en parfaite intimité :  
les Docteurs ARMEILLA, LAJOUX, PONS et ROUDIÉ.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

*Chevalier de la Légion d'honneur.*

*Membre correspondant de l'Académie de Médecine.*

C'est sur son inspiration que nous avons entrepris cette thèse. Il nous fait l'honneur d'en accepter la présidence. Nous sommes fier de placer ce travail sous la haute autorité d'un Maître qui nous a séduit par la clarté de son enseignement, la précision de son diagnostic, ses talents d'opérateur. Nous n'oublierons pas non plus la bienveillance et l'amabilité de son accueil.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANT. MAGNIN

*Directeur de l'École de Médecine et de l'Institut botanique  
de Besançon*

dont nous avons été le préparateur et qui nous a honoré de son amitié, nous dédions ces pages en témoignage de notre profonde reconnaissance.

## CHAPITRE PREMIER

---

### Aperçu historique

« L'état des vésicules séminales chez le vieillard est un point encore obscur de la pathologie. » (Rochet. *Trait. de la dysurie sénile* 1899, p. 98). Pourtant la question n'est pas neuve. Sandifort (*Museum anatom. Lugduni Bataviae*, 1783), Clément (*Th. Montpell.* 1830), Lallemand (*Perl. sémin. involont.* 1836, t. I), avaient vu des lésions de ces organes chez les prostatiques et Faye (*Dissert. Skienae*, 1840-41), en avait donné l'énumération sous le nom de spermatocystite chronique, mais sans en rechercher l'origine, sans en deviner les rapports ni les conséquences.

Dans son *Traité des maladies des organes génito-urinaires* (t. II, p. 127), Civiale consacre un chapitre aux maladies des vésicules, qui n'est « qu'un ensemble de phrases, plus ou moins creuses qui essaient de cacher, pendant l'espace de 80 pages, la pauvreté du fond ». Si cet anathème lancé par Guelliot n'est que trop vrai, il faut du moins reconnaître que Civiale paraît

avoir diagnostiqué la vésiculite, qu'il a incriminé la sonde et a éveillé l'attention des médecins sur ce point.

En 1855, A. Duplay publie ses *Recherches sur les altérations que présente, chez les vieillards, l'appareil sécréteur et excréteur du sperme* (Arch. gén. de méd.) mémoire très important basé sur un grand nombre d'autopsies pratiquées à Bicêtre, et auquel nous aurons fréquemment à recourir.

En 1859, c'est la thèse de Rapin (Strasb.) qui ne fait faire aucun pas à la question. Autrement importante est celle de M. Guelliot (Par. 1882), ouvrage très documenté, mais passible de certains reproches. L'auteur rapporte tout à la spermatocystite chronique, sans en rechercher l'origine, et se contente de consigner rapidement l'hypertrophie prostatique comme facteur étiologique.

Entre temps paraissent quelques observations, mais trop souvent vagues.

Les *Recherches sur l'appareil génital des vieillards* de Desnos (Ann. des mal. des org. gén. 1886, p. 72), n'apportent rien de nouveau.

Enfin, Rochet (*loc. cit.*) énumère à son tour les complications sur les vésicules de l'hypertrophie de la prostate dans un court chapitre.

Un caractère commun à tous ces travaux et à quelques autres que nous ne citons que pour mémoire, Humphry (Holmes. *A. system of surgery*, 1871, t. V, p. 170). Klebs (*Handb. der path. Anal.*, 1878, p. 1086). Kocher (*Deutsche Chir.*, t. 50, p. 622, 1887). Voillemier et Le Dentu (*Trail. des mal. des voies ur.*, 1881, t. II, p. 179) Reclus (*Trail. de chir.*), c'est que leurs auteurs se sont cantonnés dans l'anatomie pathologique.

Il est nécessaire selon nous, dans l'étude qui va suivre, de faire une distinction capitale. Chez le prostatique non infecté, et chez le vieux en général, il existe des lésions auxquelles l'inflammation n'a rien à voir ; au contraire, chez le prostatique infecté, on voit apparaître une vésiculite, jusqu'ici complètement négligée, dont la connaissance n'est pas sans importance clinique, et dont nous tenterons l'étude aussi complète que les documents acquis nous le permettront.

---

,

## CHAPITRE II

---

### Lésions non inflammatoires

Nous étudierons dans ce chapitre quelles modifications subissent les vésicules du fait de la sénilité, puis nous verrons que penser de ce que l'on a décrit sous les noms de dilatation, d'hypertrophie, d'atrophie, enfin nous signalerons les altérations survenues du côté des canaux éjaculateurs auxquels on a fait jouer un certain rôle.

#### I. — LES VÉSICULES SÉNILES

En thèse générale, chez le vieux, les vésicules apparaissent plus ou moins différentes de celles de l'adulte, en dehors de tout état pathologique. En compulsant les chiffres de A. Duplay, on trouve 43 fois des vésicules saines sur 62 vieillards examinés.

Nos investigations portant sur l'examen nécropsique de 29 sujets prostatiques nous ont donné le chiffre de 24 soit une proportion de 82 o/o.

Les vésicules apparaissent alors aplaties contre la vessie, leurs bosselures sont effacées, elles sont lisses, flasques, se laissent étirer sous la traction des doigts.

Leurs parois sont minces, parfois transparentes, elles s'affaissent à la coupe, et l'on constate alors que l'atrophie s'étend aux cloisons des alvéoles qui paraissent plus larges, mais peu profondes.

L'examen histologique a montré à Guelliot que cet état des vésicules était dû à une raréfaction des fibres musculaires qui sont comme dissociées, et, entourées d'un tissu cellulo-fibreux.

Nous avons pratiqué trois fois l'examen histologique de vésicules séniles, et nous avons pu ainsi nous assurer de la réalité de la description de Guelliot. Nous avons noté de plus, d'abondants vaisseaux sanguins, plus ou moins volumineux.

La description que nous venons de donner correspond à la majorité des cas ; mais c'est un type moyen. Les vésicules peuvent garder l'aspect de celles de l'adulte, de même que les lésions peuvent être plus avancées, la sclérose plus complète. Il est d'ailleurs possible d'observer tous les états intermédiaires.

Autour de ces organes, les veines apparaissent nombreuses surtout du côté externe, dilatées, parfois même variqueuses, ampullaires, et contenant assez souvent dans leur intérieur des phlébolithes en plus ou moins grande quantité. Desnos, dit n'en avoir jamais rencontrés ; mais Duplay, Segond (*th. Par. 1882*), Guelliot, les ont vus et nous-mêmes en avons observé six cas. On peut aussi y trouver des caillots noirâtres. Ces veines forment un plexus à mailles serrées, parfois disposé en plusieurs étages (Desnos). Nous avons vu souvent les artères athéromateuses. Ces vaisseaux sont entourés d'un tissu cellulaire induré.

Contrairement à tous les anatomistes, Rochet tendrait à croire que les vésicules du vieillard, sont plus volumineuses que celles de l'adulte, soit par hypertrophie de leurs parois, soit par ampliation de leur cavité. Il y a là, selon nous, une confusion ; nous parlerons plus loin de l'hypertrophie ; quant à l'ampliation de la cavité, il faut s'entendre. Il y a une ampliation vraie, une dilatation qui est due à des phénomènes inflammatoires, ce qui est admis de tous les auteurs, et une distension des vésicules par le sperme, en dehors de tout phénomène morbide. Cette distension n'est pas rare. A. Duplay, Dieu (*Rech. sur le sperme des vieill. Journ. de l'Anal. 1867. p. 449*) Socin (*cité par Kocher*) et nous-mêmes l'avons observé. Elle existerait dans une proportion de 31 sur 61 (Dieu). Mais, même dans ces cas, les dimensions des vésicules ne dépassent pas celles de l'adulte. Nous avons noté un cas de 52 mm. sur 23, Guelliot en cite un de 65 sur 35, dimensions inférieures aux résultats des mensurations de Cruveilhier, qui a trouvé long. : 54 à 68, larg. moy. 12. Huskie donne les chiffres suivants : long. 40 à 54, larg. 16 à 18. Des mensurations de Duplay, il résulte que les dimensions moyennes des vésicules séniles sont : long. 42 à 45 mm. ; larg. 13 à 14 mm. Cet auteur fait remarquer que la diminution de la largeur est moins sensible, ce qui est tout naturel, étant donné l'aplatissement observé des vésicules. Ces résultats nous paraissent conformes à la réalité, et l'opinion classique doit être admise sans conteste.

Le sperme contenu dans les vésicules varie en quantité. Il est parfois assez abondant et les réservoirs conservent leur aspect bosselé, mais assez souvent, il est en

petite quantité. Les recherches de A. Duplay, de Dieu, de Desnos, et plus récemment de Florence, ont montré qu'il contient des spermatozoïdes dans des proportions variables selon chaque auteur, (en moyenne 50 p. 100, Desnos), contrairement à l'opinion classique, et qu'il n'existe pas de limite d'âge réelle, au delà de laquelle les vieux seraient azoospermiques.

## II. HYPERTROPHIE DES VÉSICULES

A. Duplay fait une distinction entre l'hypertrophie simple et l'induration hypertrophique, celle-ci caractérisée par l'épaississement du tissu cellulaire entourant les vésicules, liée manifestement 5 fois sur 7 à des lésions de cystite chronique; c'est donc une sclérose périvésiculaire d'origine inflammatoire, nous la retrouverons plus loin.

Quant à l'hypertrophie simple, elle est rare, et consiste en un épaississement scléreux des parois vésiculaires. Duplay dit l'avoir vu plusieurs fois, de même que Dieu. Nous en avons observé un cas. Nous reproduisons ici la description de A. Duplay : « Ces organes donnaient la sensation d'un corps dur ; lorsqu'on les incisaient, leurs parois ne s'affaissaient pas et leur cavité intérieure restait béante. Par la section des parois qui avaient acquis quelquefois jusqu'à deux millimètres d'épaisseur, on pouvait s'assurer que l'hypertrophie portait sur la membrane fibreuse extérieure, et sur la couche de tissu cellulaire qui la sépare de la muqueuse ». Dans le cas que nous avons observé, la sclérose n'était pas uniforme, mais portait surtout sur la partie inférieure, et l'alvéole

constante et volumineuse qu'y a décrite Guelliot. Le tissu cellulaire périvésiculaire ne présentait aucune lésion. La prostate était hypertrophiée avec grains de tabac, fibromes faisant saillie à la coupe.

Il est difficile de se prononcer sur l'origine de cette lésion. Nélaton (*Path. chir.*, 1884, 2<sup>e</sup> édil., t. IV, p. 249) la croyait analogue et liée à l'hypertrophie de la prostate. Il est certain que l'artério-sclérose doit jouer un certain rôle dans sa production, qui ne serait que l'exagération du processus de dégénérescence sénile étudié plus haut. Mais, peut être, faudrait-il faire intervenir d'autres causes. L'infection n'y est sans doute pas étrangère, comme plusieurs raisons le feraient supposer : 1<sup>o</sup> Il n'y a pas de parallélisme entre l'hypertrophie de la prostate et celle des vésicules qui est rare ; 2<sup>o</sup> La lésion n'est pas forcément uniforme, puisque dans notre cas elle siégeait surtout à la partie inférieure, c'est-à-dire la première infectée ; 3<sup>o</sup> Il existe tous les degrés de passage entre l'hypertrophie due à une inflammation et celle où l'on ne trouve pas d'inflammation ; 4<sup>o</sup> On a soutenu, dans ces derniers temps, une théorie infectieuse de l'hypertrophie prostatique.

### III. ATROPHIE DES VÉSICULES

Vous avons vu plus haut que les vésicules étaient moins volumineuses que celles de l'adulte. C'est là une atrophie sénile physiologique.

Les vésicules peuvent être atrophiées par un autre mécanisme ; c'est lorsqu'il se produit une sclérose du tissu ambiant qui rétracte, ratatine ces organes qui sont

comme étouffés au milieu d'elle (A. Duplay Guelliot). L'atrophie peut aussi être le reliquat d'une affection ancienne, blennorrhagique, par exemple.

#### IV. ÉTAT DES CANAUX ÉJACULATEURS

L'état des éjaculateurs est fonction de l'état de la prostate. Ils sont ou dilatés ou rétrécis lorsqu'ils sont atteints. Leur dilatation a été vue par Brémond (*cité par Guelliot*), Civiale, Nélaton (*Path. ext.*, t. V). Ils s'ouvrent alors largement dans l'urèthre par un orifice ovalaire. Reliquet a montré que cette dilatation est alors générale et atteint les glandes prostatiques. C'est là une condition favorable à la propagation de l'infection.

Leur rétrécissement s'observe assez souvent et favorise la stagnation spermatique dans les vésicules. Klebs (*loc. cit.*) a avancé que cette oblitération pouvait bien être cause de la dilatation des vésicules, à quoi Guelliot répond qu'il n'existe aucun fait positif et que les auteurs qui ont vu cette oblitération (Morgagni, Lallemand) n'ont pas vu d'ectasie des vésicules.

Cette oblitération est le résultat ou de la compression par le tissu prostatique hypertrophié ou de la présence de calculs que nous étudierons plus loin.

---

## CHAPITRE III

---

### Lésions inflammatoires

Nous n'avons en vue, dans ce chapitre, ni la blennorrhagie ni la tuberculose des vésicules, qui n'ont rien de particulier chez le vieux. Mais il existe chez le prostatique infecté une vésiculite qui revêt des caractères propres, comparable à l'orchite des prostatiques. Nous nous proposons de la mettre en lumière. Sa connaissance est des plus imparfaites, basée seulement sur des relations d'autopsies; quant à son étude clinique, elle n'a jamais été tentée.

#### I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce que l'on trouve ordinairement à l'analyse de ces sujets, ce sont des vésicules remplies d'un liquide plus ou moins purulent et variable d'aspect et de consistance suivant la prédominance de tel ou tel de ses principes constituants.

Dans une première catégorie de faits, la sécrétion morbide est presque exclusivement muqueuse, demi-solide, formant un magma ressemblant à de la gelée de viande

ou à ce que l'on trouve dans la dacruocystite au stade du mucocèle. En voici une observation personnelle, intéressante également à un autre point de vue.

OBSERVATION I (personnelle).

*Sujet de 74 ans, mort dans le service du P<sup>r</sup> Lépine, quelques heures après son arrivée. Aucun renseignement clinique.*

*Autopsie.* — Vessie peu volumineuse, épaisse. Lésions de cystite chronique. Pas de péricystite. Prostate hypertrophiée très dure. Urèthre prostatique d'aspect tomenteux.

*Vésicules séminales.* — Il existe deux vésicules de chaque côté. Les vésicules supplémentaires sont saines, elles sont légèrement plus petites que les vésicules normales, et intercalées entre elles et les canaux déferents. Dimensions D : 27 <sup>m</sup>/<sub>m</sub> sur 9 ; G : 25 sur 8. Elles contiennent du sperme d'aspect normal (1).

Les vésicules normales mesurent D : 34 <sup>m</sup>/<sub>m</sub> sur 12 ; G : 35 sur 11. La gauche est aplatie, flasque, mais saine. La droite est entourée d'un tissu assez résistant rendant la dissection un peu difficile. Elle est dure, arrondie, avec noyau blanc saillant au sommet, du volume d'un gros pois. A la coupe, parois épaisses, sclérosées. Au sommet, kyste à paroi épaisse, à cavité très réduite, correspondant au noyau induré. La grande cavité vésiculaire contient un fluide épais comme gélatineux, formant un magma bien solide, constitué microscopiquement par du mucus abondant avec quelques cellules épithéliales, de rares globules de pus. Pas de spermatozoïdes.

Plus souvent, le liquide des vésicules est muco-purulent. Nous avons vu deux fois des cas semblables. Rochet en a vu une dizaine au cours de ses autopsies. Laborde (C.

(1) Guelliot a signalé une ampoule constante et plus volumineuse que les autres à la partie inféro-interne de la vésicule ; il l'a vu former d'un seul côté une sorte de vésicule accessoire. Dans notre cas, l'anomalie est bilatérale.

*R. Soc. de Biol.*, 1859, p. 73), Thompson (*Traité des mal. des voies ur.*), Guelliot en ont rapporté des faits. Le pus a un aspect jaunâtre, mais il peut être sanguinolent ou bien de couleur rouillée ou brune. L'observation suivante résume ces faits.

#### OBSERVATION II

(*In th. de Guelliot, 1882, p. 131*) Res.

*Hypertrophie prostatique. — Incontinence d'urine. — Congestion pulmonaire. — Catarrhe des vésicules séminales.*

V..., 80 ans. Ni blennorrhagie, ni syphilis antérieures. Athéromateux. Déjà soigné à la Pitié, pour rétention d'urine. Excès de boisson. Il rentre à l'hôpital le 4 février 1881, avec une bronchite assez intense. Incontinence d'urine. Un explorateur est arrêté dans la région prostatique, et la sonde en argent passe au contraire facilement, mais pénètre à une grande profondeur pour atteindre la vessie. La prostate n'est pourtant pas très volumineuse.

Le 6, la dyspnée augmente. Expectoration sanguinolente. Submatité et râles fins aux bases, sans souffle. Mort le 7 février.

*Autopsie.* — Poumons lourds, rouges, congestionnés. Reins petits et pâles. Vessie à colonnes très saillantes et revenue sur elle-même. La muqueuse est semée d'ecchymoses. Pas de rétrécissement de l'urèthre.

La prostate n'a guère que son volume normal ; mais le lobe gauche pousse un prolongement arrondi et sessile de la grosseur d'une cerise qui fait saillie au niveau du col de la vessie. Grains de tabac à la coupe.

Testicules petits, mais sains ; rien aux déférents.

Les vésicules séminales sont volumineuses ; la gauche (50/16 <sup>m</sup>/<sub>m</sub>), renferme un liquide brun fluide, avec de nombreux globules rouges ; de petites symplexions multiples, des corps granuleux et quelques globules blancs ; la droite (48/20 <sup>m</sup>/<sub>m</sub>) est plus malade ; quand on la presse, on voit sortir par l'éjaculateur un petit jet de liquide marbré de stries muco-purulentes. Là, il n'y a que des globules rouges et de très nombreux leucocytes. Les deux réservoirs s'isolent facilement du tissu ambiant.

Dans d'autres cas, mais ceux-ci plus rares, le pus est franchement phlegmoneux.

### OBSERVATION III

(Launois in th. de Pilven. Par. 1884, p. 79).

C..., couché au n° 25, salle Saint-Vincent (hôpital Necker), soigné pour hypertrophie de la prostate. Orchite du cathétérisme. Mort.

Les lésions occupent le côté gauche du scrotum. Après incision pratiqué sur les testicules, l'épididyme, il est facile de constater, par le simple examen macroscopique : une suppuration étendue à tout l'épididyme et caractérisée par de petits abcès rapprochés les uns des autres ; à la partie inférieure une adhérence de la vaginale et des parties molles sans trajet fistuleux.

En pratiquant une coupe du cordon, on voit sourdre du pus du canal déférent.

Poursuivant plus haut les recherches, on trouve une suppuration nette dans chacune des vésicules séminales ; le pus et plus abondant à gauche et il est manifestement phlegmoneux.

Examiné aux microscope, le liquide purulent contient des globules de pus, des cellules épithéliales desquamées, des symplexions de Robin, des gouttelettes graisseuses, des hématies, Il n'y a jamais de spermatozoïdes (Dieu, Laborde, Reliquet, Guelliot).

La présence d'hématies explique l'aspect sanglant du sperme (hémospermie). Si le pus a séjourné quelque temps dans les vésicules, il prend un aspect rouillé, brun, comparable à celui des crachats de pneumoniques.

L'absence de spermatozoïdes est constante et a donné lieu à une remarque intéressante de la part de Guelliot. Cet auteur, a insisté sur ce fait que les globules gras-

seux sont très abondants lorsqu'il n'y a pas de spermatozoïdes, de sorte qu'il serait rationnel d'admettre qu'ils sont le résultat de la dégénérescence de ces derniers.

Dieu et Desnos on fait aussi remarquer que plus le sperme était épais et plus il y avait de chance pour qu'il soit azoospermique.

Dans les deux cas que nous avons observés, il n'y avait pas l'ombre d'un spermatozoïde.

Les parois des vésicules sont diversement atteintes suivant le degré de l'inflammation. Dans le catarrhe muqueux nous n'avons trouvé que du dépoli de la muqueuse. A un stade plus avancé, celle-ci paraît tomenteuse, rougeâtre. Dans un cas de suppuration elle présentait des exulcérations superficielles et une arborisation vasculaire marquée. Les parois peuvent être friables, infiltrées de pus. Enfin, elles peuvent être détruites (obs. xxix de Segond), et il existe un foyer de suppuration intervésico-rectale. Il pourrait même se faire qu'une partie de la paroi soit seule sphacélée. Souvent l'abcès de la vésicule coïncide avec un abcès de la prostate, il y a alors prostatovésiculite, mais le fait n'est pas constant (Delhomme, obs. III — Rochet).

Le plus souvent, les parois s'épaississent, deviennent dures, fibreuses, il se produit une sclérose excentrique qui les atteint d'une façon plus ou moins régulière et les déforme. A la coupe, les cavités alvéolaires sont plus ou moins rétrécies et leur orifice tend à s'oblitérer (A. Duplay). Cette sclérose vésiculaire très fréquente, se voit même dans les inflammations les plus légères (témoin l'observation I) dont elle est dès lors la lésion la plus marquée. et, toute inflammation disparue, elle en a

imposé aux anciens auteurs pour une hypertrophie simple.

Dans ces cas, les vésicules peuvent être dilatées ou bien au contraire atrophiées, et comme rétractées par le tissu fibreux, si l'affection est ancienne.

A la suite de ces inflammations anciennes, on peut trouver dans les parois vésiculaires des **plaques calcaires** (Faye, Lallemand : Obs. VIII, Guelliot), qui avaient fait parler d'ossification. Nous en avons vu chez un vieux de 66 ans ; mais celui-ci avait eu autrefois une blennorrhagie avec orchite, et c'est peut-être à cette cause qu'il faut rapporter l'origine de cette formation ; dans les cas de Lallemand et de Guelliot, la blennorrhagie figure aussi parmi les antécédents.

La réaction inflammatoire qui a causé la sclérose de la vésicule se propage à peu près constamment au tissu environnant qui s'épaissit, s'indure. On trouve alors aux autopsies des plaques fibreuses, enserrant la vésicule et l'embouchure de l'uretère et les appliquant contre la vessie ; pour disséquer ces organes, le scalpel doit sculpter péniblement au milieu d'un tissu lardacé. Mais une distinction est à faire ici. Il est des cas où cette **péri-vésiculite scléreuse**, comme l'a déjà appelée Rochet, n'est qu'une partie de ce que Hallé a bien étudié sous le nom de périecystite scléreuse. D'autrefois, elle est due aux lésions variqueuses ou artério-scléreuses des vaisseaux, à peu près constantes chez le vieillard, dans ce cas elle est peu intense, et localisée surtout à la partie postéro-externe des vésicules. Mais il est aussi des faits où elle reconnaît son individualité propre (obs. 1), ainsi que l'a fait remarquer Rochet. Nombreux sont les auteurs qui

ont rapporté des cas analogues (A. Duplay ; Rayer, 1841 ; Broca : *Soc. anat.* 1856 ; Molinier : *ibid.* 1858 ; Surmay : *in th Dodeuil*, 1866 ; Dieu, 1807).

Nous venons de décrire les lésions de l'inflammation de la vésicule toute entière, mais on trouve parfois des **vésiculites partitielles**. Nous avons observé un cas où les altérations étaient limitées à la partie inférieure de l'organe, qui était épaissi, dur, à cet endroit précis où existe une ampoule plus volumineuse que les autres (cf. p. 22), laquelle renfermait du muco-pus. A. Duplay a trouvé des vésicules où l'oblitération « se bornait à quelques lacunes soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de l'organe. Dans un cas toute la partie antérieure de la vésicule était convertie en une masse solide sans cavité ». M. Carrel Billard, prosecteur à la Faculté de Lyon a vu un fait semblable (*comm. or.*). Il semble donc qu'au point de vue pathologique l'ampoule jouisse d'une individualité propre. On la trouve alors « réduite à une petite cavité tout au plus capable d'admettre la tête d'une petite épingle ; quelquefois même, on ne trouve plus de cavité dans le point affecté qui est converti en un tissu compact. » (A. Duplay).

Ce fait nous donne la clef d'une autre lésion plus rare. L'oblitération par le tissu fibreux étant plus rapide là où la lumière est plus rétrécie, c'est-à-dire au niveau du col de l'ampoule, il peut en résulter la formation d'un **kyste**. Maisonneuve est le premier à en avoir observé (*Soc. anat.* 1826) et a déposé la pièce au musée Dupuytren. A. Duplay en a vu 3 cas, Rocher en cite 1 déposé au musée de Göttingue, Guelliot parle de 2 cas personnels ; nous même en avons vu 2 (obs. 1). La relation de l'autre cas servira de description.

OBSERVATION III (personnelle)

*Sujet de 79 ans. — Athérome. — Hémorrhagie cérébrale.*

*Autopsie le 20 novembre 1900.* — Prostate hypertrophiée. Vésicule gauche saine. Vésicule droite un peu dure, mais sans grosse lésion apparente. A la partie postero-supérieure est un noyau blanc, mat, dur, saillant en dehors, de la grosseur d'un pois, sphérique.

A la coupe, il se montre constitué par d'épaisses parois fibreuses ( $2 \frac{m}{m}$   $1/2$ ) entourant une petite cavité centrale, contenant une gouttelette de liquide louche. A la périphérie de cette cavité, la muqueuse paraît jaunâtre et plissée sur elle-même.

A noter : athérome des artères, veines variqueuses des deux côtés, et contenant à gauche trois phlébolithes, deux à droite,

Sur les 9 cas cités plus haut, 7 fois il n'y avait qu'un kyste 2 fois (cas de Maisonneuve, de Kocher), ils étaient nombreux et formés au dépens de plusieurs ampoules, A ces cas, on pourrait appliquer la dénomination de vésicules scléro-kystiques.

A Duplay voyait dans ces cas une production accidentelle développée dans l'intérieur de l'organe, ce qui est hypothétique ; au contraire ces faits que les kystes se développent à la place des ampoules, qu'il y a parfois inflammation, qu'on trouve dans leur intérieur le même liquide que dans les autres ampoules (Duplay), enfin et surtout qu'on y constate une muqueuse, montrent à coup sûr que le processus invoqué plus haut est vrai, ainsi que l'ont pensé Maisonneuve, Guelliot et Rochet.

D'autres cas de kystes ont été publiés (Pinault: *Soc. anat.* 1826 ; Smith, *Lancet*, 1872 ; Ralfe, *ibid.* (1876), mais avec Voillemier et Le Dentu nous pensons qu'ils

ne doivent pas être rapprochés de ceux que nous venons de décrire.

Nous venons d'étudier la vésiculite, soit totale, soit partielle; mais à côté d'elle, il faut faire place à une **périvésiculite suppurée**. « Il est de fait, dit Guelliot, que, soit que l'inflammation reste aiguë, soit qu'elle passe à l'état chronique, on trouve souvent des lésions de périvésiculite. » C'est tout ce qu'en dit cet auteur. Au reste en dehors de quelques faits d'abcès de la région, dus à deux vésiculites blennorrhagiques, l'obscurité la plus profonde règne encore sur cette question. A l'autopsie de Diday, on trouve un « phlegmon chronique périvésiculaire à gauche ». Plusieurs autres auteurs (Delhomme, Thompson), ont vu des collections purulentes situées le long des voies séminales, et développées probablement au dépens des troncs lymphatiques, situés entre les vésicules et les cordons spermatiques. Ces abcès sont ordinairement peu volumineux; pourtant, voici une observation de Segond, où la collection s'étendit rapidement et détermina la mort :

#### OBSERVATION IV

(*Segond : Th. Par. 1880. obs. xxix*), résumée.

Big..., 66 ans, entré à Necker le 19 mai 1879.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Depuis 3 ans souffre au niveau du méat, parfois spontanément, mais constamment au commencement de chaque miction. Le jet s'arrête parfois et il est obligé de s'asseoir pour qu'il reprenne. Marche pénible produisant l'hématurie. Besoins d'uriner fréquents. Pisse toutes les 2 heures pendant le jour et 5 ou 6 fois pendant la nuit. Urines troubles et sanguinolentes, deviennent claires par le repos. L'exploration fait reconnaître des calculs.

Le canal est dilaté le 21 mai, on passe un Béniqué n° 32. Le 28, débridement du meat, première séance de lithotritie, les instruments s'enclavent au niveau de la prostate et ne peuvent plus pénétrer.

4 juin. — Lithotritie sous chloroforme, prolongée pendant un quart d'heure, prises nombreuses.

6 juin. — Symptômes de cystite, urines troubles. Des fragments de calculs s'engagent en grande quantité dans le canal, rendant la miction très pénible et ne permettant même pas le passage d'une bougie fine. Les symptômes disparaissent. Pas de fièvre.

14 juin. — Nouvelle séance de lithotritie sous chloroforme. Les fragments ne se laissant pas saisir, on fait une injection d'eau ; 25 prises. Température axillaire le soir 38°6.

15 juin. — Tuméfaction considérable de la région inguinale droite, faisant songer à une hernie (d'autant mieux que l'anneau est dilaté), tendue, chaude, irréductible, pas d'obstruction intestinale.

18 juin. — Prostration extrême, pouls faible intermittent. Peu de fièvre (au-dessous de 38°). La tuméfaction inguinale a gagné le testicule droit. Mort dans la soirée.

*Autopsie.* — Poumons : Adhérences et noyaux crétacés aux sommets. Base gauche congestionnée. — Cœur : adhérences péricardiques. Induration des valvules aortiques. — Rien au foie ni à la rate. Reins sains, sauf léger état congestif à droite.

Péritonite généralisée n'ayant pas atteint la période exsudative. Péritoine vésical rouge, injecté, poisseux, adhérent par places avec les anses intestinales. Ces lésions sont surtout marquées à droite et au niveau du cul-de-sac vésico-rectal où il existe quelques fausses membranes. Au niveau du canal inguinal, vestige d'une hernie ancienne, mais sac vide se présentant sous l'aspect d'une masse noirâtre infiltrée de pus. Les parois sont lardacées. Testicules et vaginale droits sains. Sous le sac, collection purulente qui plonge dans le bassin en suivant le déférent qui est disséqué, épaissi, injecté et baigné de pus. Au niveau de la région inguinale, le clapier se bifurque, envoie une branche jusqu'à la partie la plus déclive de la bourse droite en dedans du testicule, l'autre au niveau du ligament suspenseur de la verge.

Dans le petit bassin vaste clapier périprostatique et périvésical, occupant la partie droite de la face postérieure de la vessie et la moitié correspondante de sa face antérieure. Les parois sont constituées par des fausses-membranes grisâtres, friables et infiltrées de pus. Le péritoine est épaissi, noirâtre et décollé dans toute la région correspondante. Les parois vésicales sont considérablement épaissies, indurées immédiatement au-dessus du lobe droit de la prostate et renferment à ce niveau trois petits abcès communiquant entre eux et avec le grand clapier par une ouverture de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

En bas, le clapier descend jusqu'à la partie moyenne de la prostate. Latéralement, il est bridé par les attaches rectales des aponevroses de la prostate. La vésicule séminale droite est détruite. Les plexus vésico-prostatiques contiennent des caillots et quelques phlébolithes, mais pas de pus.

Prostate volumineuse, son lobe moyen fait une forte saillie au niveau du col. Pas de pus dans le parenchyme.

Une fusée purulente remonte le long du psoas jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère graisseuse du rein, et décolle la plus grande partie du péritoine de la fosse iliaque.

Quantité considérable de petits calculs dans la vessie, qui ne présente pas de perforation, mais est injectée surtout au niveau des abcès intra-pariétaux. Beaucoup de graviers sont engagés dans le canal et obstruent l'urèthre prostatique dont la muqueuse est saine.

Cet abcès péri-vésical pourrait être dû aux abcès intra-pariétaux de la vessie, il est vrai, comme le pensait Segond, mais étant donné la destruction de la vésicule, il est beaucoup plus rationnel de voir en elle l'origine de la collection.

Nous achèverons ce chapitre par quelques mots sur les **calculs des vésicules** qui sont rares et paraissent bien liés à un processus inflammatoire (Guelliot).

Il faut tout d'abord distinguer les concrétions, (amas de mucus concrété, de symplexions, de spermatozoïdes)

qui ne sont point rares (Reliquet, Berckmann *cité par* Kocher). Ces concrétions peuvent s'imprégner de sels calcaires et prendre une consistance terreuse, forme d'évolution vers les calculs vrais.

Ceux-ci ont été vu 13 fois ; or sur 9 cas où il existait des renseignements, 6 fois il s'agissait de sujets de 60 ans et plus. Ils siègent dans les vésicules elles-mêmes (Ségalas, Hartmann) ou dans les éjaculateurs (Prou, Kocher, Berckmann). Leur nombre est variable, on en a vu jusqu'à 3, leur forme irrégulière dans les vésicules ; arrondie, lisse dans les éjaculateurs, leur couleur blanche, jaune ou brune. Ils peuvent présenter des strates et sont constitués par des phosphates et carbonates de calcium (Peschier *in* Robin. *Tr. des Hum p.* 352). — Nenkij *cité par* Kocher).

## II. ETIOLOGIE, PATHOGENIE

Il est évident à priori, que l'étiologie de la vésiculite sera aussi celle de l'orchite des prostatiques : manœuvres uréthrales : mais étant données les conditions anatomiques différentes, nous nous trouverons en présence d'autres facteurs que nous essaierons de mettre en lumière.

On trouve souvent citées, les **manœuvres uréthrales**, quotidiennes chez les prostatiques. C'est le cathétérisme qui vient en tête ; mais la lithotritie (Segond) les injections peuvent ne pas être étrangères. Leur rôle a été l'objet de tant de travaux, et il est si connu que nous ne croyons pas devoir insister.

Mais ces manœuvres ne sont pas les uniques causes.

Lozé (*Th. Par. 1897*) avait déjà senti la nécessité d'admettre un autre mode d'infection des voies séminales ; mais sur les 9 observations qu'il publie, 8 fois il y a cathétérisme, 1 fois uréthrotomie interne qui produisit un écoulement purulent.\*

Dans une certaine catégorie de faits (obs. VIII) **la source infectieuse doit être cherchée dans la prostate** elle-même.

Reliquet a décrit la dilatation des glandes de cet organe, où les agents pathogènes ont dès lors beau jeu pour se développer. Il en était ainsi dans l'observation qui nous a été communiquée par notre maître le Pr Poncet et reproduite plus loin (obs. VIII). Ce sujet était atteint d'une prostatite chronique qui a du jouer dans la production de la vésiculite un rôle important. A plus forte raison en sera-t-il de même lorsqu'il y aura un abcès de la prostate, ce qui n'est pas une rareté chez les prostatiques. On trouve le fait vérifié dans plusieurs observations de Segond, de Delhomme, de Thompson.

Une autre cause est peut-être plus importante, c'est la présence de **lésions vésicales**. A. Duplay a vu 4 fois des lésions des vésicules coexister avec des cystites chroniques, quelles que soient d'ailleurs les origines de celles-ci. Chez Diday, des orchites apparurent quelque temps après l'enlèvement de calculs vésicaux par voie hypogastrique. Guelliot a trouvé « les vésicules enflammées chroniquement » chez un sujet de 75 ans, dont la vessie présentait en arrière une poche du volume d'une pomme renfermant un calcul prostatique (*loc. cit. p. 32. not. 1*).

Il nous semble qu'un autre facteur doit aussi entrer en ligne de compte, nous voulons parler de la **congestion**.

Il est remarquable de constater que son influence a été constamment négligée. Voillemier et Le Dentu ont avancé qu'il fallait en tenir compte sans doute, mais se sont contentés de cette assertion ; Reliquet, Després, Lozé et Guépin en font simplement une conséquence de la stagnation des sécrétions, et Rochet les résume ainsi : « Cette stagnation se complique d'hypersécrétion et aboutit : 1° à la dilatation de la glande et de ses canaux excréteurs, 2° à un état congestif qui favorise son inflammation. » C'est la restreindre de beaucoup, selon nous, que la considérer ainsi.

On connaît bien la richesse vasculaire des vésicules (Gillette. Ziegler : *Th. Bord.* 1895) D'autre part il s'agit de prostatiques dont Guyon a pu dire avec raison que ce sont des congestifs; il serait inconcevable de séparer les états de ces deux organes vésicule et prostate, si étroitement unis, tant au point anatomique que physiologique, irrigués par le même système, et d'admettre une congestion de l'un, sans modification de l'autre.

Ne sait-on pas depuis longtemps qu'une des principales causes de la congestion prostatique est l'excitation génésique. Mais tous ces raisonnements ne valent pas des faits observés,

Dans la thèse de Tuffier (*Par.* 1885) on trouve une observation très nette où le diagnostic de congestion de la prostate et des vésicules fut posé par Guyon chez un homme de 54 ans qui, nouvellement marié, change brusquement de régime et se livre à des excès vénériens qu'il doit bientôt cesser à la suite de phénomènes douloureux pendant l'éjaculation, puis survient de la spermatorrhée, douloureuse également ; les envies d'uriner

deviennent plus fréquentes, surtout la nuit, et surviennent à la suite d'excitations vénériennes.

Ce n'est là qu'un premier stade, ordinairement il y a hémospermie, telle cette observation de Reliquet concernant un chirurgien militaire retraité, de 77 ans qui, « après avoir passé la soirée dans un état de surexcitation génésique avec érections prolongées sans satisfaction, (sans coït) part en chemin de fer, se couche, s'endort. Rêve érotique, suivi d'une éjaculation abondante. Il examine sa chemise (il était seul dans le compartiment) et est surpris de voir le sperme mélangé de sang. Il urine du sang. Dix jours après, accès de rétention nécessitant le cathétérisme qu'il se pratique lui-même et retire une urine sanguinolente. L'année suivante nouvelles éjaculations involontaires de sperme sanglant avec mêmes phénomènes urinaires. »

Nous pourrions multiplier les exemples (voir obs. VII). Bornons-nous à constater que chaque fois qu'il y a congestion de la prostate, il y a aussi congestion des vésicules.

Chez le dernier malade, la congestion intéressait manifestement, la prostate, les vésicules séminales et la vessie. Cette observation est une transition entre l'observation de Tuffier et celle de Delhomme (obs V), rapportée plus bas et où l'inflammation atteint à la fois et prostate et vésicules. Il s'agit alors de congestion aiguë.

Les causes sont évidemment les mêmes que celles de la congestion de la prostate : à savoir toutes causes qui entravent la déplétion des veines des plexus vésico-prostatiques : Excès sexuels, excès de table, froid, constipation, etc.

Qu'à côté de cela il existe une congestion chronique pour ainsi dire, liée à la stagnation, le fait est indéniable ; indéniable aussi que cette congestion prédispose à l'inflammation ; mais nous croyons qu'il faut attribuer un rôle autrement important à la congestion, telle que nous l'avons comprise, et espérons l'avoir établie. Dès lors, on comprend comment, sans cause appréciable, des agents infectieux peuvent tout à coup se développer et déterminer des phénomènes inflammatoires sur un terrain si bien préparé.

La **stagnation** peut aussi jouer le rôle de cause prédisposante comme Reliquet et Desprès l'ont avancé.

Cette stagnation est évidemment fréquente chez le vieux dont les fonctions génitales sont en général ralenties.

Abordons, maintenant que nous sommes en possession des causes, la question du côté pathogénique. Plus n'est besoin aujourd'hui, comme au temps de Civiale, de discuter complaisamment sur les mérites respectifs de la sympathie, de la métastase, etc..., théories dont on trouve un dernier écho dans la thèse de Pilven (*Par.* 1884). Les expériences de Malassez et Terrillon (*Arch. de phys.* 1880) ont fait raison de ce fatras ; la propagation de l'infection se fait bien en sens inverse du courant spermatique ; mais par quelles voies ?

Guelliot accuse les lymphatiques qu'il faut incriminer car, dit-il, « on constate que les lésions inflammatoires sont plutôt en dehors des organes que dans la paroi même », ce qu'avaient déjà remarqué Malassez et Terrillon expérimentalement.

D'ailleurs, les quelques notions anatomiques admises,

qui se dégagent de l'obscurité où est plongée la connaissance des vaisseaux blancs de la région nous expliquent facilement le rôle de la lymphangite. Les vésicules séminales sont très riches en lymphatiques lesquels s'anastomosent autour d'elles et donnent naissance à deux ordres de troncs qui cheminent en dedans et en dehors d'elles, et aboutissent à deux ganglions dont l'un est au-dessus et en arrière des vésicules, l'autre situé plus bas vers les parties latérales du bassin. (Sappey). Il y aurait peut-être d'autres ganglions au niveau de l'aponévrose prostatopéritonéale. (Lannelongue).

Cette disposition des lymphatiques nous explique la formation du pus autour des vésicules, particulièrement en dedans d'elles, entre le cordon et la vésicule elle-même, où cheminent 3 ou 4 troncs.

Un point plus important, au point de vue qui nous occupe, de l'anatomie de ces lymphatiques, est l'histoire de leurs connexions. Pasteau (*Th. Paris 1898*) a insisté sur ce fait que les lymphatiques des vésicules communiquent largement avec ceux de la prostate, qui naissent autour des culs-de-sacs et canaux glandulaires, et avec ceux du bas-fond vésical, dont la connaissance est parfaite aujourd'hui.

Nous comprenons alors nettement pourquoi les causes d'infection des vésicules seront ; 1° les infections de la prostate et de l'urèthre prostatique ; 2° les infections de la vessie ; c'est ce que nous a montré l'étiologie. Il est de plus évident que la lymphangite explique aussi bien les abcès vésiculaires et les abcès périvésiculaires.

Il est des cas où un abcès périprostatique étendu

ou à ce que l'on trouve dans la dacruocystite au stade du mucocèle. En voici une observation personnelle, intéressante également à un autre point de vue.

OBSERVATION I (personnelle).

*Sujet de 74 ans, mort dans le service du P<sup>r</sup> Lépine, quelques heures après son arrivée. Aucun renseignement clinique.*

*Autopsie.* — Vessie peu volumineuse, épaisse. Lésions de cystite chronique. Pas de péricystite. Prostate hypertrophiée très dure. Urèthre prostatique d'aspect tomenteux.

*Vésicules séminales.* — Il existe deux vésicules de chaque côté. Les vésicules supplémentaires sont saines, elles sont légèrement plus petites que les vésicules normales, et intercalées entre elles et les canaux déférents. Dimensions D : 27 <sup>m</sup>/<sub>m</sub> sur 9 ; G : 25 sur 8. Elles contiennent du sperme d'aspect normal (1).

Les vésicules normales mesurent D : 34 <sup>m</sup>/<sub>m</sub> sur 12 ; G : 35 sur 11. La gauche est aplatie, flasque, mais saine. La droite est entourée d'un tissu assez résistant rendant la dissection un peu difficile. Elle est dure, arrondie, avec noyau blanc saillant au sommet, du volume d'un gros pois. A la coupe, parois épaisses, sclérosées. Au sommet, kyste à paroi épaisse, à cavité très réduite, correspondant au noyau induré. La grande cavité vésiculaire contient un fluide épais comme gélatineux, formant un magma bien solide, constitué microscopiquement par du mucus abondant avec quelques cellules épithéliales, de rares globules de pus. Pas de spermatozoïdes.

Plus souvent, le liquide des vésicules est muco-purulent. Nous avons vu deux fois des cas semblables. Rochet en a vu une dizaine au cours de ses autopsies. Laborde (C.

(1) Guelliot a signalé une ampoule constante et plus volumineuse que les autres à la partie inféro-interne de la vésicule ; il l'a vue former d'un seul côté une sorte de vésicule accessoire. Dans notre cas, l'anomalie est bilatérale.

*R. Soc. de Biol.*, 1859, p. 73), Thompson (*Traité des mal. des voies ur.*), Guelliot en ont rapporté des faits. Le pus a un aspect jaunâtre, mais il peut être sanguinolent ou bien de couleur rouillée ou brune. L'observation suivante résume ces faits.

## OBSERVATION II

(*In th. de Guelliot, 1882, p. 131*) Res.

*Hypertrophie prostatique. — Incontinence d'urine. — Congestion pulmonaire. — Catarrhe des vésicules séminales.*

V..., 80 ans. Ni blennorrhagie, ni syphilis antérieures. Athéromateux. Déjà soigné à la Pitié, pour rétention d'urine. Excès de boisson. Il rentre à l'hôpital le 4 février 1881, avec une bronchite assez intense. Incontinence d'urine. Un explorateur est arrêté dans la région prostatique, et la sonde en argent passe au contraire facilement, mais pénètre à une grande profondeur pour atteindre la vessie. La prostate n'est pourtant pas très volumineuse.

Le 6, la dyspnée augmente. Expectoration sanguinolente. Submatité et râles fins aux bases, sans souffle. Mort le 7 février.

*Autopsie.* — Poumons lourds, rouges, congestionnés. Reins petits et pâles. Vessie à colonnes très saillantes et revenue sur elle-même. La muqueuse est semée d'ecchymoses. Pas de rétrécissement de l'urèthre.

La prostate n'a guère que son volume normal ; mais le lobe gauche pousse un prolongement arrondi et sessile de la grosseur d'une cerise qui fait saillie au niveau du col de la vessie. Grains de tabac à la coupe.

Testicules petits, mais sains ; rien aux déférents.

Les vésicules séminales sont volumineuses ; la gauche (50/16 <sup>m</sup>/<sub>m</sub>), renferme un liquide brun fluide, avec de nombreux globules rouges ; de petites symplexions multiples, des corps granuleux et quelques globules blancs ; la droite (48/20 <sup>m</sup>/<sub>m</sub>) est plus malade ; quand on la presse, on voit sortir par l'éjaculateur un petit jet de liquide marbré de stries muco-purulentes. Là, il n'y a que des globules rouges et de très nombreux leucocytes. Les deux réservoirs s'isolent facilement du tissu ambiant.

Dans d'autres cas, mais ceux-ci plus rares, le pus est franchement phlegmoneux.

### OBSERVATION III

(*Launois in th. de Pilven. Par. 1884, p. 79*).

C..., couché au n° 25, salle Saint-Vincent (hôpital Necker), soigné pour hypertrophie de la prostate. Orchite du cathétérisme. Mort.

Les lésions occupent le côté gauche du scrotum. Après incision pratiqué sur les testicules, l'épididyme, il est facile de constater, par le simple examen macroscopique : une suppuration étendue à tout l'épididyme et caractérisée par de petits abcès rapprochés les uns des autres ; à la partie inférieure une adhérence de la vaginale et des parties molles sans trajet fistuleux.

En pratiquant une coupe du cordon, on voit sourdre du pus du canal déférent.

Poursuivant plus haut les recherches, on trouve une suppuration nette dans chacune des vésicules séminales ; le pus est plus abondant à gauche et il est manifestement phlegmoneux.

Examiné aux microscope, le liquide purulent contient des globules de pus, des cellules épithéliales desquamées, des symplexions de Robin, des gouttelettes graisseuses, des hématies, Il n'y a jamais de spermatozoïdes (Dieu, Laborde, Reliquet, Guelliot).

La présence d'hématies explique l'aspect sanglant du sperme (hémospermie). Si le pus a séjourné quelque temps dans les vésicules, il prend un aspect rouillé, brun, comparable à celui des crachats de pneumoniques.

L'absence de spermatozoïdes est constante et a donné lieu à une remarque intéressante de la part de Guelliot. Cet auteur, a insisté sur ce fait que les globules grai-

seux sont très abondants lorsqu'il n'y a pas de spermatozoïdes, de sorte qu'il serait rationnel d'admettre qu'ils sont le résultat de la dégénérescence de ces derniers.

Dieu et Desnos ont fait aussi remarquer que plus le sperme était épais et plus il y avait de chance pour qu'il soit azoospermique.

Dans les deux cas que nous avons observés, il n'y avait pas l'ombre d'un spermatozoïde.

Les parois des vésicules sont diversement atteintes suivant le degré de l'inflammation. Dans le catarrhe muqueux nous n'avons trouvé que du dépoli de la muqueuse. A un stade plus avancé, celle-ci paraît tomenteuse, rougeâtre. Dans un cas de suppuration elle présentait des exulcérations superficielles et une arborisation vasculaire marquée. Les parois peuvent être friables, infiltrées de pus. Enfin, elles peuvent être détruites (obs. xxix de Segond), et il existe un foyer de suppuration intervésico-rectale. Il pourrait même se faire qu'une partie de la paroi soit seule sphacélée. Souvent l'abcès de la vésicule coïncide avec un abcès de la prostate, il y a alors prostatovésiculite, mais le fait n'est pas constant (Delhomme, obs. III — Rochet).

Le plus souvent, les parois s'épaississent, deviennent dures, fibreuses, il se produit une sclérose excentrique qui les atteint d'une façon plus ou moins régulière et les déforme. A la coupe, les cavités alvéolaires sont plus ou moins rétrécies et leur orifice tend à s'oblitérer (A. Duplay). Cette sclérose vésiculaire très fréquente, se voit même dans les inflammations les plus légères (témoin l'observation I) dont elle est dès lors la lésion la plus marquée. et, toute inflammation disparue, elle en a

imposé aux anciens auteurs pour une hypertrophie simple.

Dans ces cas, les vésicules peuvent être dilatées ou bien au contraire atrophiées, et comme rétractées par le tissu fibreux, si l'affection est ancienne.

A la suite de ces inflammations anciennes, on peut trouver dans les parois vésiculaires des **plaques calcaires** (Faye, Lallemand : Obs. VIII, Guelliot), qui avaient fait parler d'ossification. Nous en avons vu chez un vieux de 66 ans ; mais celui-ci avait eu autrefois une blennorrhagie avec orchite, et c'est peut-être à cette cause qu'il faut rapporter l'origine de cette formation ; dans les cas de Lallemand et de Guelliot, la blennorrhagie figure aussi parmi les antécédents.

La réaction inflammatoire qui a causé la sclérose de la vésicule se propage à peu près constamment au tissu environnant qui s'épaissit, s'indure. On trouve alors aux autopsies des plaques fibreuses, enserrant la vésicule et l'embouchure de l'uretère et les appliquant contre la vessie ; pour disséquer ces organes, le scalpel doit sculpter péniblement au milieu d'un tissu lardacé. Mais une distinction est à faire ici. Il est des cas où cette **péri-vésiculite scléreuse**, comme l'a déjà appelée Rochet, n'est qu'une partie de ce que Hallé a bien étudié sous le nom de péri cystite scléreuse. D'autrefois, elle est due aux lésions variqueuses ou artério-scléreuses des vaisseaux, à peu près constantes chez le vieillard, dans ce cas elle est peu intense, et localisée surtout à la partie postéro-externe des vésicules. Mais il est aussi des faits où elle reconnaît son individualité propre (obs. 1), ainsi que l'a fait remarquer Rochet. Nombreux sont les auteurs qui

ont rapporté des cas analogues (A. Duplay ; Rayer, 1841 ; Broca : *Soc. anat.* 1856 ; Molinier : *ibid.* 1858 ; Surmay : *in th Dodeuil*, 1866 ; Dieu, 1807).

Nous venons de décrire les lésions de l'inflammation de la vésicule toute entière, mais on trouve parfois des **vésiculites partitielles**. Nous avons observé un cas où les altérations étaient limitées à la partie inférieure de l'organe, qui était épaissi, dur, à cet endroit précis où existe une ampoule plus volumineuse que les autres (cf. p. 22), laquelle renfermait du muco-pus. A. Duplay a trouvé des vésicules où l'oblitération « se bornait à quelques lacunes soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de l'organe. Dans un cas toute la partie antérieure de la vésicule était convertie en une masse solide sans cavité ». M. Carrel Billard, prosecteur à la Faculté de Lyon a vu un fait semblable (*comm. or.*). Il semble donc qu'au point de vue pathologique l'ampoule jouisse d'une individualité propre. On la trouve alors « réduite à une petite cavité tout au plus capable d'admettre la tête d'une petite épingle ; quelquefois même, on ne trouve plus de cavité dans le point affecté qui est converti en un tissu compact. » (A. Duplay).

Ce fait nous donne la clef d'une autre lésion plus rare. L'oblitération par le tissu fibreux étant plus rapide là où la lumière est plus rétrécie, c'est-à-dire au niveau du col de l'ampoule, il peut en résulter la formation d'un **kyste**. Maisonneuve est le premier à en avoir observé (*Soc. anat.* 1826) et a déposé la pièce au musée Dupuytren. A. Duplay en a vu 3 cas, Rocher en cite 1 déposé au musée de Göttingue, Guelliot parle de 2 cas personnels ; nous même en avons vu 2 (obs. 1). La relation de l'autre cas servira de description.

OBSERVATION III (personnelle)

*Sujet de 79 ans. — Athérome. — Hémorrhagie cérébrale.*

*Autopsie le 20 novembre 1860.* — Prostata hypertrophiée. Vésicule gauche saine. Vésicule droite un peu dure, mais sans grosse lésion apparente. A la partie postero-supérieure est un noyau blanc, mat, dur, saillant en dehors, de la grosseur d'un pois, sphérique.

A la coupe, il se montre constitué par d'épaisses parois fibreuses ( $2^{\text{mm}} \frac{1}{2}$ ) entourant une petite cavité centrale, contenant une gouttelette de liquide louche. A la périphérie de cette cavité, la muqueuse paraît jaunâtre et plissée sur elle-même.

A noter : athérome des artères, veines variqueuses des deux côtés, et contenant à gauche trois phlébolithes, deux à droite.

Sur les 9 cas cités plus haut, 7 fois il n'y avait qu'un kyste 2 fois (cas de Maisonneuve, de Kocher), ils étaient nombreux et formés au dépens de plusieurs ampoules, A ces cas, on pourrait appliquer la dénomination de vésicules scléro-kystiques.

A Duplay voyait dans ces cas une production accidentelle développée dans l'intérieur de l'organe, ce qui est hypothétique ; au contraire ces faits que les kystes se développent à la place des ampoules, qu'il y a parfois inflammation, qu'on trouve dans leur intérieur le même liquide que dans les autres ampoules (Duplay), enfin et surtout qu'on y constate une muqueuse, montrent à coup sûr que le processus invoqué plus haut est vrai, ainsi que l'ont pensé Maisonneuve, Guelliot et Rochet.

D'autres cas de kystes ont été publiés (Pinault: *Soc. anat.* 1826 ; Smith, *Lancet*, 1872 ; Ralfe, *ibid.* (1876), mais avec Voillemier et Le Dentu nous pensons qu'ils

ne doivent pas être rapprochés de ceux que nous venons de décrire.

Nous venons d'étudier la vésiculite, soit totale, soit partielle; mais à côté d'elle, il faut faire place à une **périvésiculite suppurée**. « Il est de fait, dit Guelliot, que, soit que l'inflammation reste aiguë, soit qu'elle passe à l'état chronique, on trouve souvent des lésions de périvésiculite. » C'est tout ce qu'en dit cet auteur. Au reste en dehors de quelques faits d'abcès de la région, dus à deux vésiculites blennorrhagiques, l'obscurité la plus profonde règne encore sur cette question. A l'autopsie de Diday, on trouve un « phlegmon chronique périvésiculaire à gauche ». Plusieurs autres auteurs (Delhomme, Thompson), ont vu des collections purulentes situées le long des voies séminales, et développées probablement au dépens des troncs lymphatiques, situés entre les vésicules et les cordons spermatiques. Ces abcès sont ordinairement peu volumineux; pourtant, voici une observation de Segond, où la collection s'étendit rapidement et détermina la mort :

#### OBSERVATION IV

(*Segond : Th. Par. 1880. obs. xxix*), résumée.

Big..., 66 ans, entré à Necker le 19 mai 1879.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Depuis 3 ans souffre au niveau du méat, parfois spontanément, mais constamment au commencement de chaque miction. Le jet s'arrête parfois et il est obligé de s'asseoir pour qu'il reprenne. Marche pénible produisant l'hématurie. Besoins d'uriner fréquents. Pisse toutes les 2 heures pendant le jour et 5 ou 6 fois pendant la nuit. Urines troubles et sanguinolentes, deviennent claires par le repos. L'exploration fait reconnaître des calculs.

Le canal est dilaté le 21 mai, on passe un Béniqué n° 32. Le 28, débridement du meat, première séance de lithotritie, les instruments s'enclavent au niveau de la prostate et ne peuvent plus pénétrer.

4 juin. — Lithotritie sous chloroforme, prolongée pendant un quart d'heure, prises nombreuses.

6 juin. — Symptômes de cystite, urines troubles. Des fragments de calculs s'engagent en grande quantité dans le canal, rendant la miction très pénible et ne permettant même pas le passage d'une bougie fine. Les symptômes disparaissent. Pas de fièvre.

14 juin. — Nouvelle séance de lithotritie sous chloroforme. Les fragments ne se laissant pas saisir, on fait une injection d'eau ; 25 prises. Température axillaire le soir 38°6.

15 juin. — Tuméfaction considérable de la région inguinale droite, faisant songer à une hernie (d'autant mieux que l'anneau est dilaté), tendue, chaude, irréductible, pas d'obstruction intestinale.

18 juin. — Prostration extrême, pouls faible intermittent. Peu de fièvre (au-dessous de 38°). La tuméfaction inguinale a gagné le testicule droit. Mort dans la soirée.

*Autopsie.* — Poumons : Adhérences et noyaux crétacés aux sommets. Base gauche congestionnée. — Cœur : adhérences péricardiques. Induration des valvules aortiques. — Rien au foie ni à la rate. Reins sains, sauf léger état congestif à droite.

Péritonite généralisée n'ayant pas atteint la période exsudative. Péritoine vésical rouge, injecté, poisseux, adhérent par places avec les anses intestinales. Ces lésions sont surtout marquées à droite et au niveau du cul-de-sac vésico-rectal où il existe quelques fausses membranes. Au niveau du canal inguinal, vestige d'une hernie ancienne, mais sac vide se présentant sous l'aspect d'une masse noirâtre infiltrée de pus. Les parois sont lardacées. Testicules et vaginale droits sains. Sous le sac, collection purulente qui plonge dans le bassin en suivant le déférent qui est disséqué, épaissi, injecté et baigné de pus. Au niveau de la région inguinale, le clavier se bifurque, envoie une branche jusqu'à la partie la plus déclive de la bourse droite en dedans du testicule, l'autre au niveau du ligament suspenseur de la verge.

Dans le petit bassin vaste clapier périprostatique et périvésical, occupant la partie droite de la face postérieure de la vessie et la moitié correspondante de sa face antérieure. Les parois sont constituées par des fausses-membranes grisâtres, friables et infiltrées de pus. Le péritoine est épaissi, noirâtre et décollé dans toute la région correspondante. Les parois vésicales sont considérablement épaissies, indurées immédiatement au-dessus du lobe droit de la prostate et renferment à ce niveau trois petits abcès communiquant entre eux et avec le grand clapier par une ouverture de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

En bas, le clapier descend jusqu'à la partie moyenne de la prostate. Latéralement, il est bridé par les attaches rectales des aponévroses de la prostate. La vésicule séminale droite est détruite. Les plexus vésico-prostatiques contiennent des caillots et quelques phlébolithes, mais pas de pus.

Prostate volumineuse, son lobe moyen fait une forte saillie au niveau du col. Pas de pus dans le parenchyme.

Une fusée purulente remonte le long du psoas jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère graisseuse du rein, et décolle la plus grande partie du péritoine de la fosse iliaque.

Quantité considérable de petits calculs dans la vessie, qui ne présente pas de perforation, mais est injectée surtout au niveau des abcès intra-pariétaux. Beaucoup de graviers sont engagés dans le canal et obstruent l'urèthre prostatique dont la muqueuse est saine.

Cet abcès péri-vésical pourrait être dû aux abcès intra-pariétaux de la vessie, il est vrai, comme le pensait Segond, mais étant donné la destruction de la vésicule, il est beaucoup plus rationnel de voir en elle l'origine de la collection.

Nous achèverons ce chapitre par quelques mots sur les **calculs des vésicules** qui sont rares et paraissent bien liés à un processus inflammatoire (Guelliot).

Il faut tout d'abord distinguer les concrétions, (amas de mucus concrété, de symplexions, de spermatozoïdes)

qui ne sont point rares (Reliquet, Berckmann *cité par* Kocher). Ces concrétions peuvent s'imprégner de sels calcaires et prendre une consistance terreuse, forme d'évolution vers les calculs vrais.

Ceux-ci ont été vu 13 fois ; or sur 9 cas où il existait des renseignements, 6 fois il s'agissait de sujets de 60 ans et plus. Ils siègent dans les vésicules elles-mêmes (Ségalas, Hartmann) ou dans les éjaculateurs (Prou, Kocher, Berckmann). Leur nombre est variable, on en a vu jusqu'à 3, leur forme irrégulière dans les vésicules ; arrondie, lisse dans les éjaculateurs, leur couleur blanche, jaune ou brune. Ils peuvent présenter des strates et sont constitués par des phosphates et carbonates de calcium (Peschier *in* Robin. *Tr. des Hum* p. 352). — Nenkij *cité par* Kocher).

## II. ETIOLOGIE, PATHOGÉNIE

Il est évident à priori, que l'étiologie de la vésiculite sera aussi celle de l'orchite des prostatiques : manœuvres uréthrales : mais étant données les conditions anatomiques différentes, nous nous trouverons en présence d'autres facteurs que nous essaierons de mettre en lumière.

On trouve souvent citées, les **manœuvres uréthrales**, quotidiennes chez les prostatiques. C'est le cathétérisme qui vient en tête ; mais la lithotritie (Segond) les injections peuvent ne pas être étrangères. Leur rôle a été l'objet de tant de travaux, et il est si connu que nous ne croyons pas devoir insister.

Mais ces manœuvres ne sont pas les uniques causes.

Lozé (*Th. Par. 1897*) avait déjà senti la nécessité d'admettre un autre mode d'infection des voies séminales ; mais sur les 9 observations qu'il publie, 8 fois il y a cathétérisme, 1 fois uréthrotomie interne qui produisit un écoulement purulent.

Dans une certaine catégorie de faits (obs. VIII) **la source infectieuse doit être cherchée dans la prostate** elle-même.

Reliquet a décrit la dilatation des glandes de cet organe, où les agents pathogènes ont dès lors beau jeu pour se développer. Il en était ainsi dans l'observation qui nous a été communiquée par notre maître le Pr Poncet et reproduite plus loin (obs. VII). Ce sujet était atteint d'une prostatite chronique qui a du jouer dans la production de la vésiculite un rôle important. A plus forte raison en sera-t-il de même lorsqu'il y aura un abcès de la prostate, ce qui n'est pas une rareté chez les prostatiques. On trouve le fait vérifié dans plusieurs observations de Segond, de Delhomme, de Thompson.

Une autre cause est peut-être plus importante, c'est la présence de **lésions vésicales**. A. Duplay a vu 4 fois des lésions des vésicules coexister avec des cystites chroniques, quelles que soient d'ailleurs les origines de celles-ci. Chez Diday, des orchites apparurent quelque temps après l'enlèvement de calculs vésicaux par voie hypogastrique. Guelliot a trouvé « les vésicules enflammées chroniquement » chez un sujet de 75 ans, dont la vessie présentait en arrière une poche du volume d'une pomme renfermant un calcul prostatique (*loc. cit. p. 32. not. 1*).

Il nous semble qu'un autre facteur doit aussi entrer en ligne de compte, nous voulons parler de la **congestion**.

Il est remarquable de constater que son influence a été constamment négligée. Voillemier et Le Dentu ont avancé qu'il fallait en tenir compte sans doute, mais se sont contentés de cette assertion ; Reliquet, Després, Lozé et Guépin en font simplement une conséquence de la stagnation des sécrétions, et Rochet les résume ainsi : « Cette stagnation se complique d'hypersécrétion et aboutit : 1° à la dilatation de la glande et de ses canaux excréteurs, 2° à un état congestif qui favorise son inflammation. » C'est la restreindre de beaucoup, selon nous, que la considère ainsi.

On connaît bien la richesse vasculaire des vésicules (Gillette, Ziegler : *Th. Bord.* 1895) D'autre part il s'agit de prostatiques dont Guyon a pu dire avec raison que ce sont des congestifs; il serait inconcevable de séparer les états de ces deux organes vésicule et prostate, si étroitement unis, tant au point anatomique que physiologique, irrigués par le même système, et d'admettre une congestion de l'un, sans modification de l'autre.

Ne sait-on pas depuis longtemps qu'une des principales causes de la congestion prostatique est l'excitation génésique. Mais tous ces raisonnements ne valent pas des faits observés,

Dans la thèse de Tuffier (*Par.* 1885) on trouve une observation très nette où le diagnostic de congestion de la prostate et des vésicules fut posé par Guyon chez un homme de 54 ans qui, nouvellement marié, change brusquement de régime et se livre à des excès vénériens qu'il doit bientôt cesser à la suite de phénomènes douloureux pendant l'éjaculation, puis survient de la spermatorrhée, douloureuse également ; les envies d'uriner

deviennent plus fréquentes, surtout la nuit, et surviennent à la suite d'excitations vénériennes.

Ce n'est là qu'un premier stade, ordinairement il y a hémospermie, telle cette observation de Reliquet concernant un chirurgien militaire retraité, de 77 ans qui, « après avoir passé la soirée dans un état de surexcitation génésique avec érections prolongées sans satisfaction, (sans coït) part en chemin de fer, se couche, s'endort. Rêve érotique, suivi d'une éjaculation abondante. Il examine sa chemise (il était seul dans le compartiment) et est surpris de voir le sperme mélangé de sang. Il urine du sang. Dix jours après, accès de rétention nécessitant le cathétérisme qu'il se pratique lui-même et retire une urine sanguinolente. L'année suivante nouvelles éjaculations involontaires de sperme sanglant avec mêmes phénomènes urinaires. »

Nous pourrions multiplier les exemples (voir obs. VII). Bornons-nous à constater que chaque fois qu'il y a congestion de la prostate, il y a aussi congestion des vésicules.

Chez le dernier malade, la congestion intéressait manifestement, la prostate, les vésicules séminales et la vessie. Cette observation est une transition entre l'observation de Tuffier et celle de Delhomme (obs V), rapportée plus bas et où l'inflammation atteignit à la fois et prostate et vésicules. Il s'agit alors de congestion aiguë.

Les causes sont évidemment les mêmes que celles de la congestion de la prostate : à savoir toutes causes qui entravent la déplétion des veines des plexus vésico-prostatiques : Excès sexuels, excès de table, froid, constipation, etc.

Qu'à côté de cela il existe une congestion chronique pour ainsi dire, liée à la stagnation, le fait est indéniable ; indéniable aussi que cette congestion prédispose à l'inflammation ; mais nous croyons qu'il faut attribuer un rôle autrement important à la congestion, telle que nous l'avons comprise, et espérons l'avoir établie. Dès lors, on comprend comment, sans cause appréciable, des agents infectieux peuvent tout à coup se développer et déterminer des phénomènes inflammatoires sur un terrain si bien préparé.

La **stagnation** peut aussi jouer le rôle de cause prédisposante comme Reliquet et Desprès l'ont avancé.

Cette stagnation est évidemment fréquente chez le vieux dont les fonctions génitales sont en général ralenties.

Abordons, maintenant que nous sommes en possession des causes, la question du côté pathogénique. Plus n'est besoin aujourd'hui, comme au temps de Civiale, de discuter complaisamment sur les mérites respectifs de la sympathie, de la métastase, etc..., théories dont on trouve un dernier écho dans la thèse de Pilven (*Par.* 1884). Les expériences de Malassez et Terrillon (*Arch. de phys.* 1880) ont fait raison de ce fatras ; la propagation de l'infection se fait bien en sens inverse du courant spermatique ; mais par quelles voies ?

Guelliot accuse les lymphatiques qu'il faut incriminer car, dit-il, « on constate que les lésions inflammatoires sont plutôt en dehors des organes que dans la paroi même », ce qu'avaient déjà remarqué Malassez et Terrillon expérimentalement.

D'ailleurs, les quelques notions anatomiques admises,

qui se dégagent de l'obscurité où est plongée la connaissance des vaisseaux blancs de la région nous expliquent facilement le rôle de la lymphangite. Les vésicules séminales sont très riches en lymphatiques lesquels s'anastomosent autour d'elles et donnent naissance à deux ordres de troncs qui cheminent en dedans et en dehors d'elles, et aboutissent à deux ganglions dont l'un est au-dessus et en arrière des vésicules, l'autre situé plus bas vers les parties latérales du bassin. (Sappey). Il y aurait peut-être d'autres ganglions au niveau de l'aponévrose prostatopéritonéale. (Lannelongue).

Cette disposition des lymphatiques nous explique la formation du pus autour des vésicules, particulièrement en dedans d'elles, entre le cordon et la vésicule elle-même, où cheminent 3 ou 4 troncs.

Un point plus important, au point de vue qui nous occupe, de l'anatomie de ces lymphatiques, est l'histoire de leurs connexions. Pasteau (*Th. Paris 1898*) a insisté sur ce fait que les lymphatiques des vésicules communiquent largement avec ceux de la prostate, qui naissent autour des culs-de-sacs et canaux glandulaires, et avec ceux du bas-fond vésical, dont la connaissance est par faite aujourd'hui.

Nous comprenons alors nettement pourquoi les causes d'infection des vésicules seront : 1° les infections de de la prostate et de l'urèthre prostatique ; 2° les infections de la vessie ; c'est ce que nous a montré l'étiologie. Il est de plus évident que la lymphangite explique aussi bien les abcès vésiculaires et les abcès périvésiculaires.

Il est des cas où un abcès périprostatique étendu

etc.; plus nombreux sont les cas dans lesquels l'autopsie seule a montré du pus dans les vésicules. Nous sommes convaincus qu'une des causes de la rareté de cette affection, c'est le défaut d'examen des réservoirs spermatiques; nous terminons en insistant sur la nécessité de se rendre compte de leur état chez les prostatiques.

*Le Président de la Thèse,*  
PONCET.

Vu :  
*Le Doyen,*  
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
Lyon, le 18 décembre 1900.

Pour le Recteur et par délégation :  
*Le Vice-Président du Conseil de l'Université,*  
CAILLEMER.

## OBSERVATIONS

---

Les observations qui suivent n'ayant pas trouvé leur raison d'être dans le courant du texte ont été pour ce seul motif reportées à la fin.

### OBSERVATION IX

*Reconstituée d'après les documents publiés (Th. de Bonan. Lyon, 1892, p. 99. — Poncet : Lyon médical 1894, p. 400. Orcel : Ann. mal. orgn. gén. ur 1894) et les renseignements que nous devons à l'obligeance de M. le P<sup>r</sup> Poncet et du D<sup>r</sup> Orcel.*

*Vésiculite et périvésiculite suppurées chez un cystostomisé pour accidents urinaires graves d'origine prostatique.*

M. Paul Diday, ex-chirurgien-major de l'Antiquaille, a présenté, en 1837, une cystite qui s'est plusieurs fois réveillée à l'état subaigu.

Depuis 1891, il est tourmenté par la dyspnée, mais il continue ses occupations malgré quelques accidents; troubles gastriques, petits frissons dits d'impaludisme, le tout probablement d'origine urinaire, ténésmes, besoins fréquents d'uriner, surtout la nuit.

Le 12 décembre 1891 il suit les épreuves d'un concours à l'Hôtel-Dieu, s'expose à un vent très froid sous les voûtes de la première cour de cet hôpital et présente à la suite un premier accès de rétention. M. Poncet appelé passe une sonde à bécquille n° 14, après avoir

vainement tenté de passer une sonde molle. L'opérateur reconnut que l'hypertrophie de la prostate était la cause de cet accident. Il le sonda encore à 11 heures du soir et à 6 heures du matin, dans la nuit du 12 au 13; mais, forcé de s'absenter, le traitement fut confié aux soins de MM. les docteurs Orcel et Bron. On essaya de laisser une sonde à demeure; mais on dut y renoncer devant les symptômes d'irritation vésicale qu'elle produisait.

Dès le 18 décembre, le passage de la sonde était très difficile. L'état général déclinait : angoisse morale s'ajoutant à la douleur physique, insomnie, inappétance, fièvre, perte des forces. Les urines étaient ammoniacales et muco-purulentes. Lorsque M. Poncet reprit la direction du traitement, il continua le cathétérisme; mais devant sa difficulté toujours croissante, il proposa au malade la cystostomie que celui-ci accepta immédiatement et qui fut pratiquée le 23 décembre au soir.

Les suites furent simples, malgré quelques signes de congestion pulmonaire, et dès le 21 février il a le temps de se lever pour satisfaire les besoins d'uriner qui sont ressentis au niveau de l'orifice. Le 22 mars, il retient ses urines cinq heures et demie et reprend son train de vie habituel.

Le seul incident à signaler, en dehors de quelques troubles fonctionnels qu'il régularisait par des cathétérismes et des injections vésicales, est la présence de calculs dont l'extraction est jugée nécessaire et pratiquée le 8 juin 1893. 14 calculs sont extraits par l'orifice hypogastrique débridé en bas. Les suites, cette fois encore, furent simples et, dès le 26, il retrouvait la continence.

Le 15 juillet, nouvel incident. Apparition sans cause nettement appréciable d'une épididymite à gauche qui se termina par résolution et à l'occasion de laquelle il imagina son suspensoir à traction postéro-antérieure. Il avait déjà présenté semblable accident auparavant, d'origine prostatique, comme ce dernier.

Il songeait à réclamer une nouvelle intervention pour phénomènes urinaires lorsque, le 21 décembre, une douleur vive aux fausses côtes droites avec dyspnée et épanchement pleural vint détourner l'attention de l'appareil urinaire. Trois ponctions furent pratiquées, les deux premières hématiques, la dernière purulente. Dans la nuit du

2 janvier était survenue une douleur vive dans le testicule gauche, qui se termina par suppuration.

L'opération de l'empyème fut décidée et pratiquée le 7 janvier elle montra la présence d'une néoplasie pleuro-pulmonaire. Le lendemain 8 janvier 1894, Diday s'éteignait après quelques heures de subdélirium pendant lesquelles il laissait échapper quelques mots aimables pour ceux qui l'entouraient de leurs soins.

L'autopsie fut pratiquée, conformément à sa volonté, par M. Lagoutte, doyen de l'internat, assisté de M. Dor, en présence de MM. Poncet, Aubert et Doyon.

L'examen du thorax montra une tumeur à marche rapide que le microscope a révélé être un sarcome périostique développé au niveau de la paroi costale droite et généralisé sous forme de noyaux disséminés à la totalité de la plèvre.

Appareil génito-urinaire, enlevé dans sa totalité; montre les particularités suivantes :

Reins et uretères sains, à part quelques kystes.

Urèthre normal sans rétrécissement, profondément encaissé dans une gouttière immense formée par le tissu prostatique. Le verumontanum est entouré de cryptes, d'orifices dilatés dont on fait sortir par pression des uns de petits calculs, des autres quelques gouttes d'un liquide muco-purulent. La muqueuse de cette partie de l'urèthre semble rouge, épaissie, comme enflammée.

Prostate volumineuse, 85 grammes, régulière. A la coupe, certains points sont saillants et s'énucléent facilement du tissu ambiant, ailleurs le parenchyme est mou et semble très vasculaire.

Vessie lisse, épaissie, sans ulcérations; en arrière et au-dessus du col vésical existe un bas-fond en forme de poche profonde, logeant trois calculs phosphatiques.

Nous n'insisterons pas sur l'état de l'urèthre contre nature dont la description a été faite par M. Orcel et reproduite ailleurs depuis.

A gauche, on note une épididymo-orchite suppurée. La vésicule séminale gauche est également pleine de pus : de plus il existe en arrière et, en rapport avec elle, une collection purulente.

OBSERVATION X (Marchant. Soc. anat., 1875, p. 459)

*Vésiculite suppurée gauche chez un prostatique infecté. Rétention d'urine. Sonde à demeure. Urines ammoniacales. Etat fébrile. Epididymo-orchite au 13<sup>e</sup> jour du traitement. Mort au 24<sup>e</sup> jour.*

AUTOPSIE. — Poumons : forte congestion en arrière. Rien dans les autres viscères.

Vessie à colonnes ; muqueuse violacée, ramollie, baignée par une urine purulente.

Hypertrophie considérable du lobe moyen de la prostate, saillant dans l'urèthre où l'on voit trois ou quatre éraillures. En pressant la prostate, une gouttelette de pus sourd sur la partie latérale gauche ; poussant plus loin l'investigation, nous constatons du pus dans la vésicule gauche, peut-être aussi dans la droite ?

La vaginale contient un liquide louche à gauche, à la queue de l'épididyme, noyau dur, d'où sort à la coupe un flot de pus.

OBSERVATION XI (Thompson. Traité... 1881, p. 611)

*Prostatique infecté. Incontinence. Prostatovésiculite suppurée.*

AUTOPSIE. — Vessie épaisse, muqueuse rouge, brunâtre par endroit, en d'autres gris d'ardoise. Dans la région uréthro-prostatique on voit l'ouverture du sac d'un abcès formé par la capsule de la prostate. Derrière est un autre abcès comprenant la vésicule séminale droite.

OBSERVATION XII (Thompson, *ibid.*, p. 610)

*Abcès de la prostate chez un prostatique infecté. Rétention d'urine. Mort.*

A l'autopsie on trouva, en plus de l'abcès de la prostate, une collection purulente qui remplissait l'espace situé entre les déférents et les vésicules séminales et communiquant avec l'urèthre par l'éjaculateur droit. La vésicule droite était suppurée ainsi que l'ampoule du déférent.

OBSERVATION XIII (Delhomme. Th. Par. 1859, p. 47)

*Prostato-vésiculite suppurée. Absès péricystique. Péritonite. Mort.*

L..., 72 ans, sent des coliques vers 11 heures du soir, il urine difficilement, puis rétention sans autres causes. Cathétérisme. Légère amélioration au 3<sup>e</sup> jour, le 4<sup>e</sup> l'urine est trouble, la fièvre s'allume ; mort le 6<sup>e</sup> jour.

AUTOPSIE. — Poumons congestionnés, épanchement péritonéal avec fausses-membranes, vessie contenant de l'urine trouble, muqueuse infectée, ramollie au col et dans l'urèthre prostatique.

Prostate énorme, absès dans le lobe gauche qui est fondu. Ce foyer s'ouvre en arrière dans un vaste foyer purulent entre la vessie et le rectum, le tissu périvésical est envahi, le péritoine décollé. Les vésicules sont comprises dans ce vaste foyer, et remplies de pus.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- Albers.* — Uber die Krankh. der Samenbläschen. Journ. von Graefe. Berl., 1883.
- Barette.* — Orchite de cathétérisme. Soc. méd. prat., 1877.
- Battez.* — Thèse Lyon, 1900.
- Broca.* — Bull. Soc. anat., 1851, p. 27.
- Cabot.* — New York medical journal, 1899.
- Civiale.* — Trait. mal. gén. ur.. t. II, p. 127.
- Clément.* — Dissert. Montpellier, 1830.
- Delhomme.* — Thèse Paris, 1859.
- Desnos.* — Ann. mal. org. gén. ur., 1886, p. 72.
- Desprès.* — Orchite à répétition. Bull. Acad. méd., 1878.
- Dieu.* — Rech. sur le sperme des vieill. Journ. de l'Anat., 1867, p. 449.
- Dodeuil.* — Thèse Paris, 1867.
- Duplay.* — Arch. gén. de méd., 1852, t. II, p. 385 et 1855, t. VI.
- Faye.* — Dissert. Skienae, 1840-41.
- Guelliot.* — Thèse Paris, 1882.
- Guépin.* — Foyer infectieux prostatogénital. Trib. méd. 1896.
- Guyon.* — Lec. sur les mal. de la vessie et de la prostate.  
— Prostatite chronique. Journ. méd. et chir. prat., 1886.
- Hornbostel.* — Thèse Par., 1859.
- Humphry.* — Holmes System of surgery.
- Klebs.* — Handb der path. Anat., 1868, p. 1086.
- Kocher.* — Deutsche Chirurgie. lief 50, p. 623.

- Laborde.* — Orchite et épидidym. chron. Gaz. méd., 1859, p. 468.  
*Lallemand.* — Pertes séminales involontaires, 1825.  
*Launois.* — Thèse Paris, 1885.  
*Le Dentu et Voillemier.* — Trait. mal. gén. ur., 1881, t. II.  
*Lozé.* — Thèse Paris, 1897.  
*Molinier.* — Bull. Soc. anat., 1868, p. 608.  
*Maisonneuve.* — Soc. anat., 1826.  
*Nélaton.* — Path. chir., 2<sup>e</sup> édit., 1884, t. IV.  
*Pilven.* — Thèse Paris, 1884.  
*Rapin.* — Thèse Strasbourg, 1859.  
*Rayer.* — Mal. des reins, 1841.  
*Reclus.* — in Duplay et Reclus.  
*Reliquet.* — Œuvres complètes, publiées par Guépin, 1895.  
*Robin.* — Trait. des hum., p. 352,  
*Sappey.* — Anat. des vaiss. lymphat., 1874.  
*Segond.* — Thèse Paris, 1880.  
*Terrillon et Malassez.* — Archiv. de physiol., 1880.  
*Thompson.* — Trait. mal. gén. ur., trad. franç., 1881, p. 610.  
*Tuffier.* — Thèse Paris, 1885.
-



